La depressione nell'anziano

La popolazione anziana è in rapida crescita (i nostri ambulatori ne sono una conferma!) a ragione delle migliorate condizioni di vita e degli avanzamenti della tecnologia medica e della farmacologia ; attualmente in Italia gli ultra sessantacinquenni sono circa il 20% della popolazione.

L'idea della vecchiaia è variata nel tempo, nel senso che le generazioni attuali non invecchiano negli stessi modi e con gli stessi ritmi di quelle precedenti , perché non solo è aumentato il numero degli anziani ma anche il numero degli anni che si vivono da vecchi.

La depressione nell'anziano deve essere considerata una situazione cronica ed è riscontrabile nel 10% della popolazione anziana e raggiunge il 40% se si considerano le forme lievi.

A volte la depressione nei soggetti anziani, soprattutto maschi con età superiore a 85 anni , che vivono soli, può provocare un evento drammatico come il suicidio.

Le cause della depressione nell'anziano sono legate ai cambiamenti biochimici e strutturali del cervello che invecchia quali una riduzione della disponibilità dei neurotrasmettitori a livello sinaptico (acetilcolina, dopamina, noradrenalina, serotonina) , una modificazione della sensibilità recettoriale ed un incremento degli enzimi deputati al metabolismo dei neurotrasmettitori stessi.

Ma anche patologie degenerative quali la malattia di Parkinson, ictus, demenze costituiscono un importante fattore di rischio per lo sviluppo di un quadro depressivo.

Inoltre alcuni fattori come precedenti episodi di depressione nell'età adulta, il lutto da vedovanza, la solitudine, le condizioni socioeconomiche, la lontananza di un figlio, una condizione di disabilità possono portare a una situazione di depressione .

La patologia depressiva nell'età anziana comporta scelte complesse nell'utilizzazione dei trattamenti farmacologici, per cui le modalità di impiego dei farmaci antidepressivi nell'anziano sono alquanto diverse rispetto alle modalità utilizzate nell'adulto e nel giovane e soprattutto la costante necessità di mettere in atto specifici interventi terapeutici di tipo psicosociale in accompagnamento ai trattamenti farmacologici. Non solo , nella popolazione anziana si devono considerare anche le terapie farmacologiche per le patologie somatiche , di conseguenza le politerapie aumentano il rischio di interazioni farmacologiche, di tipo sia farmacodinamico che farmacocinetico.

Sulla valutazione clinica delle terapie farmacologiche pesano la compliance del soggetto anziano, il valore eccessivo assegnato a singoli case reports nell'impossibilità di ricorrere a studi controllati (rari oltre i 65 anni di età e condotti sempre in monoterapia), la tendenza troppo semplicistica di trasferire i dati sperimentali ottenuti su animali o in vitro sull'uomo.

L'antidepressivo ideale nell'anziano dovrebbe soddisfare 5 criteri:

- Efficacia terapeutica documentata
- Tollerabilità e sicurezza

- Assenza di interazioni farmacologiche
- Maneggevolezza d'impiego
- Sicurezza in overdose

Se prendiamo in considerazione le varie classi di antidepressivi e ne facciamo una disanima , ci rendiamo conto che un farmaco che possa soddisfare tutti questi criteri non esiste.

Per esempio i triciclici sono farmaci efficacissimi, ma il loro grado di sicurezza è bassissimo, in quanto la riduzione della trasmissione colinergica legata all'età, rende l'anziano particolarmente vulnerabile agli effetti anticolinergici sia periferci che centrali (disturbi cognitivi,disturbi visivi, secchezza delle fauci, tachicardia, ritenzione urinaria , ipotensione ortostatica con rischio di caduta, tremori). Inoltre se ingeriti in overdose possono provocare l'exitus (non dimentichiamo il rischio di suicidio in questi soggetti).

L'avvento degli antidepressivi serotoninergci selettivi (SSRI) ha ridotto il rischio specifico derivante dagli effetti collaterali dei triciclici, inoltre presentano alcuni vantaggi gestionali:

- Monosomministrazione
- Assenza di ipotensione ortostatica
- Assenza di tossicità cardiaca
- Minori disturbi comportamentali
- Effetti anticolinergci trascurabili
- Sicurezza in overdose.

Gli SSRI hanno comunque degli effetti collaterali come nausea, epigastralgie (ovviabili iniziando il trattamento farmacologico con dosaggio ridotto e a stomaco pieno), insonnia e irritabilità, disturbi della sfera sessuale, ma soprattutto l'iponatremia (da considerare con attenzione nell'anziano che assume spesso diuretici) e la riduzione dell'aggregazione piastrinica (controllo clinico costante, quindi nei soggetti anziani , nel corso del trattamento farmacologico, perché spesso assumono FANS e terapie con antiaggreganti piastrinici).

Nei soggetti anziani sono molto efficaci anche gli antidepressivi a doppia azione , sia serotoninergica sia noradrenergica, come la VENLAFAXINA, la DULOXETINA (SNRI inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina) e la MIRTAZAPINA (antidepressivi specifici serotoninergici e noradrenergici NaSSA).

La venlafaxina può provocare innalzamento pressorio, quindi negli anziani è bene somministrare le preparazioni a rilascio prolungato. La mirtazapina è un ottimo antidepressivo, ma può dare inizialmente sedazione, ipotensione e aumento ponderale.

E' chiaro che nei soggetti anziani esistono alcune regole di condotta nei trattamenti con farmaci antidepressivi , che vanno assolutamente rispettate:

- Modalità di somministrazione, iniziare con dosaggi molto bassi e incrementarli lentamente per evitare effetti da up-regulation recettoriale;
- Un'intensa sedazione o uno stato di agitazione iatrogeni nei primi giorni riducono la compliance del soggetto anziano, inoltre non c'è alcuna fretta di raggiungere un dosaggio terapeutico ottimale ,perché questi farmaci non agiscono prima di una latenza farmacologica di 4-6 settimane;
- Preferire la monosomministrazione in modo che la compliance del paziente sia ottimale;
- Considerare le interazioni di tipo farmacocinetico , essendo i soggetti anziani spesso in politerapia .

Per esempio dobbiamo considerare le interazioni con il sistema enzimatico citocromo P-450 (isoenzimi microsomiali epatici responsabili di gran parte del metabolismo ossidativo degli psicofarmaci), la cui attività viene aumentata da sostanze induttrici e diminuita da sostanze inibitrici.

In caso di politerapie possiamo privilegiare alcuni antidepressivi con minor grado di inibizione sul sistema P-450 come citalopram, sertralina e escitalopram.

La depressione nel soggetto anziano va curata in maniera capillare , non solo utilizzando gli antidepressivi , ma anche con l'apporto di un trattamento psicoterapeutico a carattere individuale o di gruppo . Le tecniche di gruppo garantiscono efficacia terapeutica , in quanto la condivisione dei sintomi, delle problematiche , l'acquisizione di nuove informazioni e chiarimenti su problemi portati all'interno del gruppo riducono l'ansia e la sensazione di solitudine. Inoltre il soggetto anziano depresso , partecipando al gruppo sente un sostegno e un appoggio da parte degli altri soggetti anziani suoi pari e non solo può mobilitare ottimismo ed aumentare la speranza circa una possibile guarigione.

Possiamo quindi concludere che il soggetto anziano depresso deve essere trattato da una terapia farmacologica il più possibile efficace , sicura e compliante e da una psicoterapia di supporto , riducendo così il rischio di recidive o di eventi drammatici come il suicidio.